FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919

THÈSE

N° .....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

L'OPÉRATION DE L'APPENDICITE AIGUË

DANS LES

48 PREMIÈRES HEURES

PAR

E.-G. MINOPOULOS

Né à Tripolis (Grèce), le 2 Août 1892

Président : M. LEJARS, *Professeur*

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
36, RUE SERPENTE, 36

1919

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER — ASSESSEUR : M. POUCHET

Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie topographique	AUGUSTE BROCA
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générale	ACHARD
Pathologie médicale	N. TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE WIDAL GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	N.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	N.
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique chirurgicale	PIERRE DELBET QUENU N. HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchement	BAR COUVELAIRE RIBEMONT DES SAIGNES
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LŒPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET ANDRÉ	MOCQUOT	SCHWARTZ
BRUMPT	LABBÉ MARCEL	MULON	SICARD
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TANON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBÉCOURT	TERRIEN
CHAMPY	LECÈNE	OKINCZYC	TIFFENEAU
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
DESMARET	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	
GRÉGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LÉRI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

En témoignage de reconnaissance et de grande affection.

MEIS ET AMICIS

A MON ONCLE

Qui a suivi avec tant d'intérêt mes études médicales.

A MON MAITRE, MONSIEUR LE DOCTEUR RICHE

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL TENON

Dont j'ai tant admiré et apprécié la grande expérience et la sûreté de jugement. Je n'oublierai jamais la bienveillance avec laquelle il m'a accueilli dans son service, en me confiant pendant plus de deux ans d'abord un remplacement d'externe et ensuite un remplacement d'interne.

Qu'il trouve ici l'expression de mon dévouement et de toute ma reconnaissance.

À MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR MENETRIER

Professeur a la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'Hotel-Dieu de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

Dans le service de qui j'ai assuré, pendant un an, un remplacement d'externe. Hommage de profond respect.

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMOULIN

Chirurgien des Hopitaux de Paris

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUFFE DE SAINT-BLAISE

Accoucheur de l'Hopital St-Antoine

MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉRARD

Professeur de Clinique chirurgicale a l'Hotel-Dieu de Lyon
Officier de la Légion d'honneur

Mon premier Maître en chirurgie.

MONSIEUR LE PROFESSEUR agrégé VALLAS

Professeur agrégé a la Faculté de Médecine de Lyon
Chirurgien des Hopitaux de Lyon

Qui m'a accepté dans son service pour faire, pendant un an, un remplacement d'externe.
En témoignage de toute ma gratitude.

MONSIEUR LE DOCTEUR PIC

Médecin des Hopitaux de Lyon

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE
MÉDECIN-CHEF DE L'HOPITAL VILLEMIN
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui m'a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A TOUS CEUX QUI ONT CONTRIBUÉ A MA FORMATION MÉDICALE

A MON EXCELLENT CAMARADE J. GUILMOTO

Pour tout ce qu'il a fait pour moi, aussi bien dans son laboratoire, qu'auprès de ses malades de médecine.

INTRODUCTION

M. le Professeur Lejars, dans son remarquable ouvrage, dit à propos de l'appendicite aiguë : « Avant tout, posons ce principe immuable : toute appendicite doit être opérée ; la date seule de cette opération pourra varier. » Aussi c'est sur cette date, tant et depuis si longtemps discutée, que nous avons voulu insister dans ce travail. Nous avons voulu faire l'historique de cette maladie, pour nous expliquer les raisons qui empêchaient toute opération dans les premières heures, opération exigée aujourd'hui par l'expérimentation, l'anatomie pathologique, et les résultats opératoires obtenus par ceux qui ont pratiqué l'intervention précoce.

Nous y avons réuni des observations prises dans le service de notre Maître, M. le Docteur Riche, montrant les excellents résultats obtenus, et quelques statistiques, non moins éloquentes, publiées déjà dans divers ouvrages médicaux.

Ainsi, nous avons tâché de démontrer les immenses avantages de l'intervention dans les 48 premières heures.

CHAPITRE I

Si nous sommes partisan de cette conduite à tenir, c'est que nous avons été mis à même d'observer à la fois et les bons résultats de l'intervention précoce, c'est-à-dire dans les 48 premières heures, et les désastres auxquels on s'expose par l'intervention pratiquée seulement les troisième, cinquième jours et même plus tardivement, et nous ne saurions mieux faire que de rappeler ces trois observations (1) citées par M. le Professeur Lejars et qui constituent la base même de notre thèse.

Dans la première, il s'agit d'un jeune garçon constipé, souffrant un peu du ventre depuis quelques mois, et qui est pris de douleurs vives dans la fosse iliaque ; c'est de l'histoire courante. On le met au lit séance tenante et l'on institue un traitement d'attente.

Au troisième jour, on trouvait, dans la région appendiculaire, une sorte de tractus épais, induré, allongé obliquement et douloureux au palper.

Il y avait eu deux ou trois vomissements au début, mais tout avait cessé. Etat général excellent, pouls à 90, température ne dépassant pas 38°.

(1) LEJARS, Chirurgie d'urgence.

Une semaine plus tard, alors que depuis quatre jours la température était retombée à 37°, et que la crise semblait disparue, *le malade étant resté au lit, et la surveillance du régime n'étant point ralentie*, la fièvre reparaît brusquement (38°5), la douleur se montre de nouveau, et, en deux jours, la petite masse latéro-cæcale, avait triplé de volume ; elle se dessinait à la paroi, présentant une fluctuation nette. L'opération s'imposait.

On tombe dans un *volumineux abcès* rétro et latéro-cæcal, au fond duquel il est impossible de trouver d'appendice.

Voici la seconde :

C'est un homme d'une trentaine d'années qui est pris, un lundi, d'accidents appendiculaires ; repos au lit, glace sur le ventre, etc. Cependant, les douleurs s'apaisent, et le jeudi le malade se lève pour déjeuner.

Cette équipée n'est suivie que d'une recrudescence d'apparence légère. Ce n'est que le samedi soir qu'on trouve le facies un peu tiré, le pouls à 115, intermittent, petit, la respiration fréquente, gênée, bien que la température ne dépasse pas 38°, et que *le ventre soit très peu douloureux.*

M. le Professeur Lejars déclare l'opération urgente et fait les plus expresses réserves sur le lendemain. On opère.

« J'ai, dit l'opérateur, rarement vu une suppuration appendiculaire aussi étendue; la fosse iliaque était remplie d'une nappe purulente, qui descendait dans le petit bassin, qui remontait derrière le côlon ascendant, et qui se prolongeait en haut, dans un foyer sous-diaphragma-

tique; en dedans, le pus fusait sans limites, entre les anses intestinales; l'appendice était *énorme*, plusieurs fois *perforé* ; il est réséqué sans difficulté, grand lavage à l'eau bouillie, drainage multiple, opération aussi rapide que possible, injection continue de sérum artificiel, rien n'y fait; le malade succombe le lendemain. »

Nous tenons à faire remarquer que l'opération du premier malade cité, qui *était resté au lit*, et dont le *régime était surveillé* (l'argument de ceux qui défendent l'attente), a fait constater des lésions, à certains points semblables à celles trouvées chez le second malade, qui, lui, *n'avait pas été surveillé*. Voilà donc deux observations qui plaident en faveur de l'intervention précoce.

Mais en voici une troisième, d'une démonstration frappante, et qui appuie fortement notre thèse. Elle nous montre la limite de nos 48 premières heures, et nous fait entrevoir la responsabilité du chirurgien au-delà de ces 48 heures.

Une jeune fille est prise brusquement, le dimanche après déjeuner, d'une vive douleur abdominale, siégeant à droite; elle se couche, quelques vomissements, et, quelques heures après, le médecin appelé constate un point douloureux très net, dans la fosse iliaque droite, un peu d'endolorissement du ventre, une température de 38°. On institue le traitement ; glace sur le ventre, *diète absolue*, etc. L'état local et général reste à peu près stationnaire le lendemain; mais le soir le thermomètre marque 39°, le ventre se ballonne. La nuit est agitée. Le mardi matin, la température est à 38°, le pouls à 125, le facies un peu tiré et anxieux, le ventre météorisé, très

sensible sur toute sa surface; dans la fosse iliaque droite, au moindre contact, la paroi se contracte, durcit et se tend.

L'opération est décidée, et pratiquée d'urgence quelques heures après. Sous chloroforme, le palper iliaque ne fournit pas plus de renseignements. A l'incision iliaque, il s'écoule environ trois cuillerées à bouche de liquide louche, et on tombe sur la face externe du cæcum. En arrière, on découvre l'appendice, encapuchonné de fausses membranes jaunâtres, au milieu desquelles est répandu un peu de pus; on le décolle, on le résèque.

Il est *sphacélé* et *perforé* à son extrémité. La cavité latro-cæcale est tapissée d'une sorte d'enduit puriforme, et nulle part elle n'est fermée; sur le cæcum, sur les anses grêles voisines on retrouve le même enduit. *Toutes ces lésions dans 48 heures.* Drainage. Guérison. Malheureusement, nous pourrions donner une observation personnelle semblable à celle-ci, mais avec issue fatale.

Nous pourrions multiplier les exemples de ce genre, mais nous nous contenterons de rappeler que, déjà en 1827, Mêlier (1) publiait l'observation suivante : Il s'agit d'un malade, sujet à des coliques, il en éprouve pendant quelques jours. D'abord très fortes le premier jour, elles cessèrent bientôt complètement, on pouvait croire le malade guéri, dit Mêlier, il était dans un calme profond (ce calme bien connu des chirurgiens). Tout à coup, au milieu de ce calme, une douleur vive se fait sentir, dans

(1) Talamon, 1892.

le bas ventre, suivie de symptômes d'une péritonite intense, et de *mort en 18 heures.*

Voilà quelles sont les raisons sur lesquelles s'appuie l'intervention de l'appendicite aiguë dans les 48 premières heures.

Très souvent les symptômes objectifs sont si minimes, si négligeables que la thèse des interventionnistes, plus ou moins pressés, a eu raison de tous les arguments, et cela parce qu'on parle peu, croyons-nous, de la pathogénie et de l'anatomie pathologique; nous y insisterons à dessein plus loin.

En effet, dans les 48 premières heures, tout, ou presque tout, se passe dans l'appendice; ce n'est que plus tard que l'infection gagne les régions avoisinantes, et dès lors la facilité de l'intervention diminue, en même temps qu'augmente la responsabilité du chirurgien; chose qu'il doit éviter, « *quand il est appelé dans les premières heures qui suivent le début des accidents, quand il a d'emblée la direction complète, et l'entière responsabilité du traitement* » (Lejars).

Talamon, depuis 1892, a dit que l'inflammation, partie de la muqueuse, se propage avec une grande rapidité, à travers les diverses couches du diverticule, pour gagner les couches péritonéales dès les 48 heures.

Ce n'est pas quand l'infection a déjà envahi le péritoine qu'il est plus sage d'intervenir; c'est avant, car, si les phénomènes infectieux peuvent s'amender, comme il arrive assez souvent, il est logique de penser qu'ils peuvent aussi augmenter; les observations citées plus haut, et d'autres en font foi.

Devant des lésions commençantes, qui pourrait en fixer l'évolution, qui en toute conscience voudrait *engager l'avenir*, et lui faire crédit?

CHAPITRE II

QUELQUES DONNÉES SUR L'ÉVOLUTION DES IDÉES

Pourquoi l'intervention dans les premières heures n'était pas admise

C'est en s'appuyant sur la pathogénie, et l'anatomie pathologique, mal connues, et mal interprétées, que l'on a, pendant si longtemps, refusé d'intervenir dans l'appendicite aiguë, et si longtemps refusé d'intervenir dans les premières heures.

Et maintenant, c'est encore en nous appuyant sur l'anatomie pathologique, que nous savons, au contraire, que nous avons tout intérêt à opérer dans les *48 premières heures.*

Wegeler publie, en 1813, un cas de péritonite généralisée, avec, comme point de départ, l'appendice, qui était rouge, et volumineux, et contenait plusieurs calculs, dont le plus gros pesait un gramme.

Mèlier également, dans son mémoire, paru en 1827, donne trois exemples d'appendicite perforante, avec péritonite.

Mais ensuite, Menière (1828) avec ses tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque droite ; Golbeck, qui, en 1830, prononce le nom de périty phlite; Burne qui parle, en 1837, de tuphlo-entéritis, et surtout Albers, qui, l'année suivante, place la lésion au niveau du cæcum, et donne le nom de typhlite à la maladie, ont complètement dévié la question.

Il nous faut arriver à Grisolle, pour entendre parler de nouveau des perforations de l'appendice, et la question commence à s'éclaircir avec Talamon, qui dit qu'à l'autopsie personne n'a vu ni typhlite simple, ni stercorale, mais soit une perforation de l'appendice, soit un abcès péricæcal, soit une péritonite généralisée.

En 1886, Reginald Fitz, tout en parlant des scybales, cause de la perforation, dit que la péritonite peut rester localisée, et le *premier* conclut en faveur de l'intervention chirurgicale *précoce*.

With, quelques années auparavant, au Congrès de Copenhague, déclarait que les lésions de l'appendice peuvent déterminer trois variétés de péritonite. 1° Une péritonite adhésive; 2° une péritonite circonscrite; 3° et une péritonite généralisée.

Quant aux perforations, Talamon, en 1882, pense que les scybales ne perforent pas l'appendice à la manière d'un agent traumatique, mais qu'en étranglant la circulation des parois du canal, ils favorisent l'inflammation microbienne de ces parois, et par suite leur gangrène et

leur ulcération. Ainsi, de plus en plus, on oublie la typhlite, et on trouve que c'est toujours l'appendice qui est la cause première.

En 1890, Hektoen, de Chicago, trouve des adhérences, vestiges d'une péri-appendicite antérieure, et Ferguson montre que, sur 200 appendices examinés, 7 présentent des lésions de perforation, et dans 15 autres il trouve des corps étrangers.

Talamon, grâce aux opérations précoces, pratiquées pour des appendicites, dès le deuxième ou le troisième jour, après le début de l'affection, nous donne, en 1892, une description de l'appendice malade. La séreuse est dépolie; l'inflammation, partie de la muqueuse, se propage avec une grande rapidité à travers les diverses couches du diverticule pour gagner les couches péritonéales, *dès les 48 premières heures*. C'est là, dit-il, le fait important à retenir. L'appendice est rouge. L'examen microscopique, lui montre les vaisseaux de la muqueuse et de la sous-muqueuse, dilatés, et gorgés de globules rouges; le tissu interstitiel est infiltré de cellules embryonnaires, et toutes ces lésions peuvent aussi être la première phase d'un processus de suppuration.

Donc, il ne s'agit pas toujours d'une obstruction mécanique du canal appendiculaire, les lésions seules de la paroi sont même plus fréquentes, de sorte que très souvent, après l'ouverture de l'appendice, on ne trouve rien dans l'intérieur du canal; tout chirurgien a constaté la fréquence de ces appendices perméables.

Pourtant, l'épaississement de la muqueuse, peut être

tel, que l'introduction d'une sonde de petit calibre soit assez malaisée; nous l'avons nous-même constaté quelque fois, et, en 1896, Dieulafoy insistait beaucoup sur ce fait.

CHAPITRE III

POURQUOI INTERVENIR DANS LES 48 HEURES ?

A cause de la rapide extension de l'infection.

Les opérations hâtives nous ont confirné ce que l'expérimentation nous avait enseigné depuis longtemps. Comme nos observations le montrent, nous avons trouvé, dès les premières heures, des appendices perforés, et mêmequelquefois gangrenés.

L'infection ne paraît pas être due à un agent spécial; toute la flore intestinale y contribue ; on trouve aussi bien le staphylocoque, le streptocoque que le colibacille. Les anaerobies, selon certains auteurs, sont en plus grande quantité que les aerobies. On a pu même incriminer les vers intestinaux (Oxyures, Ascarides).

L'infection se propage avec une grande rapidité. Peu d'heures après le début de la crise, on trouve l'appendice rouge, turgescent et un peu plus tard la réaction péritonéale commence.

On peut trouver des adhérences, mais elles sont friables, et ne gênent pas l'opérateur. On peut trouver aussi du liquide, soit clair, soit louche, ou purulent, et très fétide ; et nous avons remarqué que la présence d'un liquide clair, mais fétide, comporte un pronostic assez sombre.

Dieulafoy rapporte que, dès 1889, Clado avait présenté au Congrès de chirurgie, son travail sur l'infection herniaire. Il avait vu que les microbes de l'intestin étranglé, pénètrent dans le sac herniaire, sans qu'il y ait perforation de l'intestin, et cela *dès le lendemain de l'étranglement*. Il avait suivi la migration des microbes à travers les tuniques intestinales non perforées, et il avait constaté que la cavité péritonéale peut être envahie à son tour.

Et cela concorde très bien avec les expériences de Klecki. Il étrangle une anse intestinale; *24 à 48 heures après* l'anse intestinale n'est pas perforée, et cependant elle a donné naissance à une péritonite.

Ce qui est donc vrai pour l'anse intestinale dans le cas de la hernie, pourquoi ne le serait-il pas pour cette autre anse qu'est l'appendice? Nous pouvons dire avec Dieulafoy : *ce n'est pas dans la cavité péritonéale qu'il faut chercher la clef de la question.*

Attaquer donc dès le début ce centre d'infection, paraît assez logique.

Examen microscopique des lésions

Les interventions dans les premières heures nous ont permis, pour ainsi dire, de saisir les faits sur le vif. L'ap-

pendice est rouge, augmenté de volume, en érection, comme dit Guinard. A la coupe, ce qui frappe, c'est l'augmentation du volume des follicules; ils sont très augmentés de volume par rapport à un follicule normal.

Dans leur mémoire, M. le Professeur Letulle et M. le Dr Weinberg, insistent sur la participation du système lymphatique de l'organe tout entier, et Guinard dit qu'il s'agit toujours au début d'adéno-lymphite.

Une fois le follicule infecté, par les toxines, il ne tarde pas à se mortifier, et c'est ainsi que la suppuration apparaît à son centre. Elle peut s'ouvrir soit dans le canal, soit vers la séreuse, et la perforation est formée. Ces perforations nous les avons trouvées plus fréquentes vers la pointe. Les lymphatiques de l'appendice se chargent de propager l'infection.

CHAPITRE IV

FORMES CLINIQUES. — DIAGNOSTIC

Pour que l'intervention soit faite dans les premières heures, il est évident que le diagnostic doit être établi aussi rapidement que possible; c'est encore une question qui a été présentée comme très compliquée; elle nous semble être plus facile.

Le plus souvent, le début se fait de deux façons. Il s'agit ordinairement de personnes constipées, qui, après une inappétence que rien n'explique, éprouvent au niveau de la fosse iliaque droite, une sensation de pesanteur, de tension, de légère douleur ; les nausées sont plus fréquentes que les vomissements. Si on examine le malade à ce moment, on voit que le facies n'est pas bien altéré, la fièvre médiocre et le pouls presque normal.

Mais les renseignements sont plus complets au niveau de la fosse iliaque droite.

On a beaucoup parlé des points douloureux de Mac Burney, de Lanz, etc.

Le meilleur renseignement, c'est le malade lui-même qui le donne. Si on lui demande où il souffre, il montre toute la partie droite de son abdomen, et si on lui demande le maximum, il pose ses doigts sur cette partie de la fosse iliaque droite qui correspond bien plus au point de Lanz qu'au point de Mac Burney.

Si l'on palpe la région, on exagère cette douleur, et on provoque très nettement la défense musculaire; quant à l'hypéresthésie cutanée, nous avons voulu la contrôler plus d'une fois, et nous avons trouvé qu'à ce moment elle fait très souvent défaut, elle n'apparaît que plus tard, ainsi que le plastron, dont on a tant parlé. Nous avons constaté cette hypéresthésie, d'une façon très nette, dans le cas d'une péritonite déjà généralisée; aussi croyons-nous qu'elle ne fait pas partie des signes du début.

Ces signes sont très suffisants pour imposer une intervention aussi hâtive que possible. Car ce sont ces formes atténuées, d'apparences bénignes, qui peuvent se modifier rapidement, et nous montrer au moment de l'intervention une perforation de l'appendice et même un appendice gangrené. Nous en avons vu deux cas de ce genre et M. le Dr Walter a cité à la Société de chirurgie deux autres cas d'appendice gangrené, sans que les symptômes aient été plus solennels. Ce sont donc ces formes qui demandent à être dépistées, et qui ressemblent bien à un embarras gastro-intestinal; c'est là que les purgatifs ont fait leur œuvre...

D'autres fois, la douleur est plus vive, le facies altéré, le pouls rapide, la température élevée; là le diagnostic s'impose.

La seconde forme, c'est la forme suraiguë, le *coup de poignard* de Dieulafoy.

Ici la douleur éclate sans prodromes.

Un individu, en pleine santé, est pris d'une douleur extrêmement vive au niveau de la fosse iliaque droite; le facies n'est pas bon, le pouls est rapide, petit ; la température, assez souvent, donne peu de renseignements; il y a des vomissements. Quant au palper de la région appendiculaire, il est le plus souvent difficile, le malade empêche toute manœuvre, et se défend.

En voici un exemple typique, donné par Guinard :

« Un fonctionnaire de l'Assistance Publique, parti à midi de Berck en parfaite santé, fut pris dans le train, à Amiens, de violentes coliques. A son arrivée à Paris on le conduit à l'Hôpital Lariboisière; on croyait à une colique néphrétique ; il se fait pratiquer deux injections de morphine. Le lendemain matin avant midi il était mort. Moins de 24 heures après que la perforation se fût produite. »

Ici l'indication opératoire est formelle.

On a beaucoup parlé des confusions possibles.

Avec la colique néphrétique, cela nous paraît difficile; le point de départ et la direction de la douleur ne sont pas les mêmes, et les symptômes en général diffèrent beaucoup. Dans le cas d'une occlusion, les vomissements deviennent fécaloïdes, le ballonnement est plus rapide et il y a des contractions péristaltiques.

Un petit kyste de l'ovaire à pédicule tordu, peut, jusqu'à un certain point, simuler une crise appendiculaire.

Ce sont les annexites droites qui sont le plus souvent la cause d'erreur.

Mais en examinant attentivement les malades, en pensont toujours à une appendicite possible, on arrive à un diagnostic assez précis; du reste, comme le dit le Professeur Lejars, on pourrait dire, en un certain sens, que l'exactitude du diagnostic passe alors au second plan, *il faut agir.*

CHAPITRE V

DU CHOIX DU TRAITEMENT

Il y a peu de questions, qui ont été tant discutées que le traitement de l'appendicite. L'ignorance, où l'on se trouvait, de l'étiologie, et de la pathogénie de l'appendicite, permet d'expliquer qu'en 1827 Dance et Menière, avaient recours aux sangsues, aux purgatifs, et aux lavements.

Pourtant Mêlier, la même année, 1827, après avoir donné l'observation que nous avons citée dans notre introduction, ajoute :

« S'il était possible d'établir d'une manière certaine le diagnostic de ces affections, on concevrait la possibilité d'en débarrasser les malades, au moyen d'une opération; on arrivera peut-être un jour à ce résultat. »

Mais c'était trop beau pour le moment.

Le mémoire de Menière, paru l'année suivante, et plus tard la théorie d'Albers, ont permis aux sangsues et aux purgatifs, de continuer leurs désastres. Il a fallu, nous

l'avons déjà dit, attendre jusqu'en 1886, pour voir Reginald Fitz parler le premier en faveur de l'intervention chirurgicale précoce.

L'idée a du succès; Mac Burney opère à chaud. Mais Talamon commence à protester, en 1892; il dit que les chirurgiens sont arrivés à un tel degré d'audacieuse confiance, et surtout les Américains, qu'ils ne se donnent même plus la peine de poser, et de peser, les indications opératoires. Il pense que dans les formes suraiguës on doit intervenir immédiatement; au contraire, dans les formes aiguës, à péritonite partielle, l'urgence n'est plus aussi absolue, et il fixe l'instant le plus favorable du 8e au 12e jour.

Quelques années plus tard, nous entrons à la période des grandes discussions; on hésite de nouveau à opérer dans les premières heures.

A l'Académie de Médecine, en 1896, Dieulafoy, bien que médecin, cherche à convaincre, même les chirurgiens hésitants. Il apporte des preuves. Il donne cette observation :

« Une dame de 72 ans avait eu, pendant la nuit, de vives douleurs dans le ventre; je constate que les douleurs avaient leur maximum d'intensité à la zone appendiculaire; la température était normale, mais le pouls petit, et le faciès ne me satisfaisait pas. Dans la journée, la fièvre montait à 38°5, le pouls n'était pas bon, la fosse iliaque douloureuse et empâtée, et cependant le début des accidents semblait ne remonter qu'à 24 *heures*. L'opération faite le soir même, montre l'appendice turgide, violacée ! »

Que fût-il arrivé, dit-il, si, me fiant aux anciennes théories, j'avais attendu au lendemain, pour décider l'opération; et il conclut : on se repent souvent d'avoir opéré *trop tard*, on ne se repent jamais d'avoir opéré l'appendicite ».

Et avec l'appui de son observation nous pouvons ajouter : d'avoir opéré dans les *48 premières heures*.

Et quelle est l'opinion des opportunistes?

Ils se disent, dit Dieulafoy, nous n'avons rien à craindre... nous verrons bien plus tard, nous prendrons une décision si le péritoine menace de se mettre de la partie! Selon ce grand Maître, c'est avec de pareils raisonnements, qu'on laisse le malade mourir de péritonite, *ce n'est pas dans la cavité péritonéale qu'il faut chercher la clef de la question.*

« Dès le début et avant l'éclosion des lésions péritonéales, l'infection appendiculaire est là, menaçante. Aveugle qui ne le voit et qui, confiant... se paye de mots, et temporise, alors qu'il faudrait agir » (1). (Dieulafoy).

Le Professeur Pozzi, aussi, donne l'alarme, et après avoir cité une observation, dans laquelle on voit que, malgré son intervention dans les *48 premières heures*, il a trouvé *l'appendice perforé*, il dit :

« Toute appendicite confirmée, quelle que soit sa *bénignité apparente* et à quelque type clinique qu'elle appartienne, peut aboutir rapidement à la perforation, avec toutes ses conséquences. »

Malgré ces exemples frappants, l'année suivante

(1) Bull. de l'Acad. de Méd , 1896.

(1897), la question revient à l'Académie. Lucas-Championnière nous dit que nous devons rester en défiance de nous-même, et ne pas nous laisser aller à considérer l'appendice comme fatalement à détruire.

Dans cette longue dicussion, dans laquelle on relève les noms de Potain, P. Reclus, Laboulbène, etc., Dieulafoy défend toujours l'intervention précoce, et P. Reclus, tout en soutenant que les formes atténuées d'appendicite, caractérisées par quelques douleurs de ventre, quelques troubles digestifs, et quelques nausées, n'exigent pas toujours une intervention immédiate, donne l'observation concluante suivante :

« Une femme, âgée de 61 ans, qui souffrait depuis longtemps d'une entéro-colite, fut prise, le 28 mars, d'une appendicite aiguë. On allait se décider à intervenir, lorsque, le lendemain, survint un mieux si manifeste qu'on temporisait quitte plus tard à opérer à froid. Mais, 12 jours environ après, une nouvelle crise éclate, le plastron de la fosse iliaque réapparaît et à l'opération on trouve un foyer purulent péri-appendiculaire, très fétide. »

Voilà le résultat de l'attente à tout prix.

Malheureusement, comme pour ne pas nous laisser sous cette impression, M. le Dr A. Robin soutient que le régime et l'usage des laxatifs sont le meilleur moyen prophylactique de l'appendicite, et qu'ils sont expressément indiqués, au début des accidents appendiculaires!

CHAPITRE VI

L'INTERVENTION DANS LES 48 PREMIÈRES HEURES

Ses Résultats

Mais bientôt la parole va être donnée aux résultats.

L'expérience nous vient en aide et les statistiques sont toutes concluantes en faveur de l'intervention dans les 48 premières heures.

En 1904, M. le Dr Roux, de Lausanne, rapporte qu'il n'opère jamais passé les 36 premières heures. Ses résultats sont excellents.

En Angleterre, le mouvement ne gagne pas de terrain. A la Société Royale médicale et chirurgicale (en 1905), il n'y a guère que M. le Dr Gould qui prononce un éloquent plaidoyer en faveur de l'opération très précoce, qui lui a donné une mortalité de 2 pour 100.

Mais en France la dicussion reprend de nouveau.

En 1913, notre Maître, M. le Dr Riche, parle à la So-

ciété de Chirurgie, car il y a longtemps qu'il opère dans les 48 premières heures; nous reproduisons plus loin ses arguments.

M. le Dr Savariaud ouvre une nouvelle discussion; il est pour l'intervention précoce. Voici sa statistique :

1° *Appendicites avec réaction péritonéale diffuse.* — Sur 116 cas, il a pu en opérer 29 dans les deux premiers jours avec 19 guérisons et 10 morts ; les autres 87 ont été opérées plus de deux jours après le début; il a eu 44 guérisons et 43 morts. Il trouve donc que la précocité doit être extrême et que l'opération faite 48 heures après le début est déjà une opération tardive.

2° *Appendicites avec réaction péritonéale limitée à la fosse iliaque droite.* — Sur 42 opérées, 42 guérisons! (La moitié avec appendice plus ou moins gangrené).

M. le Professeur Jacob vient dire que chez l'enfant il opère toujours immédiatement, quelle que soit la forme de l'appendicite ou le moment; chez l'adulte, il opère immédiatement quand il trouve de la sensibilité et de la contracture, même légère, si elle est généralisée à tout le ventre, sans tenir compte du début ou de l'état du pouls; c'est ainsi que, sur 148 opérations, il a eu 146 guérisons.

M. le Dr Reynier préfère attendre, sauf dans le cas d'appendicite gangreneuse.

M. le Dr Lenormant opère, dit-il, d'une façon précoce toutes les fois qu'il a vu le malade dans les 48 premières heures, et dans les cas où il existe des signes de périto-

nite diffuse. L'opération dans les 48 premières heures lui a donné 19 guérisons sur 20 opérés!

Et voici maintenant les désastres, dont nous avons parlé au début ; sur 15 cas, opérés au troisième jour, il a eu 5 morts ; 17 cas, opérés entre le quatrième et le septième jour, ont donné 8 morts! près de la moitié; après le quinzième jour, 2 morts sur 4 opérés. On voit qu'aussitôt les 48 premières heures passées, le pronostic s'aggrave d'une façon terrifiante.

M. le Professeur Hartmann, était, autrefois, un temporisateur, et cette tactique, dit-il, ne lui a pas donné satisfaction; il a eu de véritables désastres, au moment où il s'y attendait le moins. Il donne ces chiffres : Sur 20 appendicites aiguës opérées dans les 24 premières heures, pas un seul décès; 13 autres opérées après les 36 premières heures ont donné 2 morts; 22, opérées après les 48 premières heures, ont donné 2 morts; 13, opérées trois jours après le début ont donné 2 morts; sur 14 opérées après le quatrième jour, 12 morts!

M. le Dr Routier, opère toujours dans les 48 premières heures; celles-ci passées, il attend.

M. le Dr Toussain donne les résultats suivants : sur 3, opérées de 18 à 24 heures après le début, il a eu 3 guérisons; sur 6, opérées de 24 à 36 heures, 5 guérisons; sur 4, opérées de 36 à 48 heures, 4 guérisons; sur 9, opérées de 48 heures à 72 heures, toutes guéries ; sur 13, opérées après les 72 heures, il a eu 9 guérisons et 4 morts.

M. le Dr Témoin opère toujours à chaud, quel que soit le jour du début; il a opéré 3.000 cas, la mortalité a été de 2 pour 100.

M. le Professeur Delbet estime que, sur 100 appendicites aiguës, il n'y en a qu'une douzaine qu'il faut opérer. Pour les autres, il préfère attendre.

Enfin M. le Dr Brun (Thèse de Paris) donne les statistiques suivantes :

Pour le service de M. le Professeur Hartmann, pendant ces dernières années, sur 135 appendicites aiguës, opérées dans les 48 premières heures, on trouve 8 décès ; sur 99, opérées entre le troisième jour et le cinquième et au-dessus, on trouve 19 décès!

Pour le service de M. le Dr Baudet il donne ces chiffres : 26 cas, opérés dans les 48 premières heures, ne donnent pas une seule mort; 30 autres cas, opérés plus tardivement, donnent 7 décès.

Que nous montrent toutes ces statistiques, et tous ces discours?

Le tableau d'ensemble, ci-contre, nous fait voir qu'aussitôt les 48 premières heures passées, la mortalité monte d'une façon tout à fait frappante; aucune explication en faveur de l'attente ne vaut cette évidence.

Nous savons bien que la mortalité de l'intervention à froid est presque de 0 pour 100, mais il nous semble plus équitable d'ajouter à ce zéro toute la mortalité de celles qu'on croyait pouvoir opérer à froid, et qui n'ont pas eu le temps d'attendre...

Ceux qui sont en faveur de l'attente disent qu'ils préfèrent intervenir quand les symptômes s'aggravent; c'est la logique du pis-aller; car *dans l'appendicite aiguë, on ne doit pas intervenir quand les symptômes s'ag-*

gravent, on doit intervenir pour que les symptômes n'aient pas le temps de s'aggraver.

Quand le facies change, quand le pouls devient mauvais, quand le péritoine nous fait savoir sa détresse par les signes abdominaux, c'est déjà tard ; l'affection *n'est plus appendiculaire*, elle est devenue *péritonéale, générale*, (l'anatomie pathologique le montre), et bientôt on ne pratiquera pas une *opération*, on fera une *tentative.*

Donc, nous croyons que l'opération doit être faite *au plus tard* dans les *48 premières heures ;* aussitôt le diagnostic fait, pressenti, soupçonné même, la parole est au bistouri.

La meilleure indication, peut-on dire, pour l'intervention dans l'appendicite aiguë, c'est le doute ; *quand on doute, on doit toujours intervenir*, car nous devons partir de ce principe immuable : *on sait comment commence l'appendicite, on ne sait jamais comment elle finira.*

TABLEAU D'ENSEMBLE DES STATISTIQUES

MM. LES CHIRURGIENS	TOTAL DES CAS	OPÉRÉS AVANT 48 H.	OPÉRÉS APRÈS 48 H.	DÉCÈS
RICHE	38	38		0
SAVARIAUD	158	71		10
			87	43
HARTMANN	82	33		2
			49	16
LENORMANT	56	20		1
			36	15
TOUSSAINT	35	13		1
			22	4

CHAPITRE VII

Dans le service de notre Maître M. le Dr Riche, à l'Hôpital Tenon, toute appendicite aiguë, admise au cours des 48 premières heures, est opérée immédiatement, et systématiquement. Toutefois, nous l'avons vu intervenir peu après les 48 heures, quand il a des raisons de croire qu'il s'agit d'un appendice gangrené.

Il y a quelques jours, on a admis dans son service un malade, ayant eû une première crise, peu douloureuse, samedi matin vers 6 heures. Dimanche matin, vers 3 heures, deuxième crise, en coup de poignard. A son entrée au service, facies assez grippé, pouls un peu rapide, légère élévation thermique. Il intervient d'urgence, avec le diagnostic d'appendicite gangreneuse, 53 heures après la première crise. A l'ouverture, l'epiloon couvre l'appendice ; il s'écoule du pus très fétide, l'appendice vient difficilement. Il est *sphacélé* vers sa racine, et au centre de la plaque de sphacèle, on trouve une perforation.

Mais nous ne saurions mieux faire que de rappeler en quelques mots ce que notre Maître disait, en 1913, à la Société de chirurgie.

« Lorsqu'une appendicite commence, personne ne peut dire comment elle se terminera. Mais ce que nous sa-

vons, c'est que toute appendicite opérée dans les 36, je dirai même les 48 premières heures, est une appendicite guérie (et ses statistiques le prouvent) ; il en découle que tout malade mort d'appendicite non opérée, ou opérée après les 48 heures, est une *victime de la temporisation*... Au cours des 48 premières heures, je ne me demande pas s'il y a péritonite, s'il y a gangrène ; je me demande seulement s'il y a bien appendicite ; et je me tiens alors le raisonnement simpliste que voici :

« Il y a appendicite ; tout le monde est d'avis qu'il doit y avoir opération, un jour ou l'autre ; en le faisant de suite, je suis sûr de guérir mon malade.

«..... Je sais, pour avoir trouvé dans des cas d'opération à froid, des appendices sectionnés en plusieurs morceaux, des coprolithes en dehors du vermis, que les lésions les plus graves n'entraînent pas fatalement la mort des malades, Mais, lorsqu'on me fait opérer des appendicites avec ballonnement du ventre, pouls misérable, j'ai bien le droit de déclarer que ce malade va mourir et qu'il ne serait certainement pas mort, si l'on m'avait mis à même de l'opérer dans les 48 premières heures. »

C'est avec cette façon d'envisager l'indication opératoire, que sur 38 appendicites aiguës opérées dans son service, on ne trouve *pas un seul décès.*

Nous n'avons donc pas besoin d'ajouter, au compte-rendu des opérations, qui va suivre, l'observation des malades, avant l'opération.

Les opérations, dont le compte-rendu figure sous les n^os^ XVI et XXXVIII, ont été pratiquées par nous-même.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M... Julien, âgé de 54 ans. Opéré le 4 août 1911.
Diagnostic, appendicite aiguë.
Première crise il y a 12 heures.
Incision de Jalaguier. Appendice gros, rouge.
Appendicectomie. Pas de drainage. Guérison.

OBSERVATION II

B... Madeleine, âgée de 8 ans. Opérée le 3 nov. 1911.
Diagnostic, appendicite aiguë.
Première crise il y a environ 48 heures.
Péritonite généralisée. L'appendice est gangrené en deux endroits. On trouve un coprolithe dans la cavité péritonéale. Drainage ; on place un drain à la partie supéro-interne et un autre pelvien. Guérison.

OBSERVATION III

(*Opération pratiquée par le chirurgien de garde*)
B..., âgée de 26 ans. Opérée le 16 mars 1912 dans les 45 premières heures.

Le péritoine est rouge, on ne trouve pas de liquide.

L'appendice est rouge et un peu tuméfié.

Appendicectomie. Drainage, électrargol intra-péritonéal. A la coupe de l'appendice, on trouve quelques ecchymoses à son extrémité. Guérison.

OBSERVATION IV

Sc... Fernand, âgé de 17 ans. Opéré le 19 juillet 1912.

Diagnostic, appendicite aiguë.

Première crise il y a 36 heures.

Incision de Jalaguier.

L'appendicite est fixé au cæcum par des adhérences. Appendicectomie. Pas de drainage. Guérison.

OBSERVATION V

B... Joseph, âgé de 19 ans. Opéré le 22 avril 1914.

Diagnostic, appendicite aiguë.

Première crise il y a vingt heures.

Incision de Jalaguier. L'appendice est turgescent et plus congestionné par places. Il y a des adhérences que l'on dissocie facilement.

Appendicectomie. Pas de drainage. Guérison.

OBSERVATION VI

D... Roger, âgé de 22 ans. Opéré le 1er juin 1914.

Diagnostic, appendicite aiguë.

Première crise il y a 30 heures.

On trouve dans le péritoine un liquide séro-purulent peu abondant.

L'appendice est congestionné et long.

Appendicectomie. Drainage. Guérison.

OBSERVATION VII

G... Henri, âgé de 22 ans. Opéré le 13 mai 1915.

Diagnostic, appendicite aiguë.

Première crise il y a 36 heures.

Incision de Jalaguier. Appendice retrocæcal, adhérent au cæcum dans toute son étendue, sauf au niveau de la pointe. Libération et appendicectomie. Pas de drainage. Guérison.

OBSERVATION VIII

P... Joseph, âgé de 16 ans. Opéré le 25 juin 1915.

Diagnostic, appendicite aiguë.

Première crise il y a 20 heures.

Incision de Jalaguier. Appendice retrocæcal difficile à trouver. Il est caché derrière une bride péritonéale qui ne semble pas pathologique, on n'aperçoit que l'extrémité distale de

cet appendice qui est augmenté de volume et manifestement malade. Il est très adhérent au cæcum et coudé.

Appendicectomie. Drainage. Guérison.

OBSERVATION IX

G..., âgé de 23 ans. Opéré le 24 mai 1916.

Diagnostic, appendicite aiguë.

Première crise, il y a 40 heures.

Appendice congestionné et court.

Appendicectomie. Pas de drainage. Guérison.

OBSERVATION X

F... Yves, âgé de 16 ans. Opéré le 20 avril 1917.

Diagnostic, appendicite aiguë.

Première crise il y a 46 heures.

Péritonite libre. On trouve des fausses membranes au niveau du cæcum.

Appendice rétro-cæcal très enflammé.

Appendicéctomie. Pas de drainage. Guérison.

OBSERVATION XI

V... Louis, âgé de 15 ans. Opéré le 4 octobre 1917.

Diagnostic, appendicite aiguë.

Première crise il y a 36 heures.

L'appendice, surtout à sa pointe, est très enflammé. Appendicectomie. Pas de drainage. Guérison.

OBSERVATION XII

R... Maurice, âgé de 15 ans. Opéré le 27 juillet 1917.

Diagnostic, appendicite aiguë.

Première crise, il y a 48 heures.

Appendice rétro-cæcal, très adhérent.

Appendicectomie. Pas de drainage. Guérison.

OBSERVATION XIII

R... Georges, âgé de 17 ans. Opéré le 9 avril 1918.

Diagnostic, appendicite aiguë.

Première crise il y a 34 heures.

Appendice en position pelvienne. Vers sa racine il y a une perforation nette, un peu plus bas un abcès prêt à se rompre.

Appendicectomie par voie rétrograde.

Il y a du liquide louche. On tamponne à l'éther. Drainage. Guérison.

OBSERVATION XIV

D... Jules, âgé de 34 ans. Opéré le 15 sept. 1918.

Diagnostic, appendicite aiguë.

Première crise il y a 40 heures.

L'appendice est très rouge ; près de sa racine on voit un sillon circulaire. Appendicectomie. Pas de drainage. Guérison.

OBSERVATION XV

G... Marcel, âgé de 15 ans. Opéré le 29 mai 1913.

Diagnostic, appendicite aiguë.

Première crise il y a environ 48 heures.

L'appendice est perforé et rétro-cæcal. On trouve du pus dans l'abdomen.

Appendicectomie. Drainage. Guérison.

OBSERVATION XVI

R..., âgé de 35 ans. Opéré le 19 janvier 1919.

Diagnostic, appendicite aiguë.

Première crise il y a 30 heures.

Incision de Jalaguier. L'appendice est gros et rouge. Il est en position pelvienne. Appendicectomie. Pas de drainage. Guérison.

OBSERVATION XVII

G... Alphonsine, âgée de 37 ans. Opérée le 26 juin 1913.

Diagnostic, appendicite aiguë.

Première crise il y a 48 heures.
Appendice congestionné. Appendicectomie. Guérison.

OBSERVATION XVIII

C... âgé de 25 ans. Opéré le 2 janvier 1919.
Diagnostic, appendicite aiguë.
Première crise il y a 33 heures.
Incision de Jalaguier. Appendice rompu.
Drainage. Guérison.

OBSERVATION XIX

N... Marie. Agée de 18 ans. Opérée le 16 septembre 1913.
Diagnostic, appendicite aiguë.
Première crise il y a 24 heures.
A l'ouverture de l'abdomen il s'écoule du pus. Appendice malade. Appendicectomie. Drainage. Guérison.

OBSERVATION XX

M... Victor, âgé de 39 ans. Opéré le 20 janvier 1912.
Diagnostic, appendicite aiguë.
Première crise il y a 48 heures environ.
Appendice gros et rouge. Appendicectomie. Pas de drainage. Guérison.

OBSERVATION XXI

L... Gaston, âgé de 18 ans. Opéré le 20 février 1912.

Diagnostic, appendicite aiguë.

Première crise il y a 48 heures environ.

Incision de Jalaguier. Appendice congestionné, turgescent, en voie de sphacèle au voisinage de son extrémité libre. Vers le petit bassin, petite collection purulente. Appendicectomie. Drainage. Guérison.

OBSERVATION XXII

L... Julie, âgée de 23 ans. Opérée le 12 novembre 1913.

Diagnostic, appendicite aiguë.

Première crise il y a 36 heures.

Appendice perforé et entouré d'adhérences au milieu desquelles on trouve un peu de pus et des fausses membranes.

Appendicectomie. Drainage. Guérison.

OBSERVATION XXIII

H... Hortense, âgée de 18 ans. Opérée de 27 avril 1914.

Diagnostic, appendicite aiguë.

Première crise il y a 24 heures.

Incision de Jalaguier. L'appendice est en position retrocæcale et présente une vascularisation exagérée.

Appendicectomie. Pas de drainage. Guérison.

OBSERVATION XXIV

D..., opérée le 28 août 1914.

Diagnostic, appendicite aiguë.

Première crise il y a 48 heures environ.

Appendice turgescent. Légère réaction péritonéale. Appendicectomie. Drainage. Guérison.

OBSERVATION XXV

B..., âgée de 22 ans. Opérée le 16 novembre 1914.

Diagnostic, appendicite aiguë.

Première crise il y a 22 heures.

Incision de Jalaguier. Appendice rétrocæcal, adhérent au cæcum et recouvert de fausses membranes. Il y a du liquide clair et inodore. Appendicectomie. Guérison.

OBSERVATION XXVI

J... Suzanne, âgée de 18 ans. Opérée le 14 janvier 1915.

Diagnostic, appendicite aiguë.

Première crise, il y a 18 heures.

Incisjon de Jalaguier. Appendice rouge, enflammé, volumineux, mais non adhérent. Appendicectomie. Pas de drainage. Guérison.

OBSERVATION XXVII

D... Marguerite, âgée de 18 ans. Opérée le 16 janvier 1915.

Diagnostic, appendicite aiguë.

Première crise, il y a 18 heures.

Incision de Jalaguier. Appendice rouge augmenté de volume, rétro-cæcal. Appendicectomie. Pas de drainage. Guérison.

OBSERVATION XXVIII

L..., âgée de 30 ans. Opérée le 5 mars 1915.

Diagnostic, appendicite aiguë.

Première crise il y a 42 heures.

Appendice rétro-cæcal, plusieurs fois coudé sur lui-même, adhérent au cæcum et entouré de fausses membranes. On le libère facilement. Appendicectomie. Pas de drainage. Guérison.

OBSERVATION XXIX

T... Henriette, âgée de 20 ans. Opérée le 9 mars 1915.

Diagnostic, appendicite aiguë.

Première crise il y a 42 heures.

Appendice en position pelvienne, rouge, volumineux, adhérent au cæcum et entouré de fausses membranes.

Appendicectomie. Pas de drainage. Guérison.

OBSERVATION XXX

P..., âgée de 30 ans. Opérée le 4 décembre 1915.

Diagnostic, appendicite aiguë.

Première crise il y a 24 heures.

Appendicite gros et violacé. Appendicectomie. Pas de drainage. Guérison.

OBSERVATION XXXI

D... Madeleine âgée de 23 ans. Opérée le 21 nov. 1916.

Diagnostic, appendicite aiguë.

Première crise il y a 24 heures.

Incision de Jalaguier. Appendice rouge, turgescent. Appendicectomie. Pas de drainage. Guérison.

OBSERVATION XXXII

G..., âgée de 18 ans. Opérée le 24 novembre 1916.

Diagnostic, appendicite aiguë.

Première crise il y a 48 heures environ. On trouve difficilement un appendice rétro-cæcal, plongé dans de nombreuses adhérences. On arrive à le libérer. Appendicectomie. Drainage. Guérison.

OBSERVATION XXXIII

C..., âgée de 23 ans. Opérée le 7 juin 1917. Diagnostic, appendicite aiguë.

Première crise il y a 48 heures.

Vers la pointe de l'appendice on trouve un petit abcès, d'où sort une goutte de pus. Appendicectomie. Pas de drainage. Guérison.

OBSERVATION XXXIV

M... Charlotte, âgée de 25 ans. Opérée le 12 janvier 1918.

Diagnostic, appendicite aiguë.

Première crise il y a 48 heures environ.

On trouve un appendice gangrené.

Appendicectomie. Drainage. Guérison.

OBSERVATION XXXV

M... Marie, âgée de 58 ans. Opérée le 22 juin 1918.

Diagnostic, appendicite suraiguë.

Première crise il y a 48 heures.

A l'ouverture on trouve du pus. Il y a des fausses membranes. L'appendice est perforé. Appendicectomie. Lavage de péritoine avec du sérum. Drainage. Guérison.

OBSERVATION XXXVI

L... Augustine, âgée de 21 ans. Opérée le 25 juin 1918.

Diagnostic, appendicite aiguë.

Première crise il y a 40 heures.

Sur la face antérieure du cæcum on trouve l'épiploon, il est adhérent, on le reséque. L'appendice est engaîné dans un étui d'adhérences. Appendicectomie. Pas de drainage. Guérison.

OBSERVATION XXXVII

D... Marthe, âgée de 38 ans. Opérée le 14 septembre 1918.

Diagnostic, appendicite aiguë.

Première crise il y a 40 heures.

Incision de Jalaguier. Appendice rouge, tuméfié, mais non adhérent.

Appendicectomie. Pas de drainage. Guérison.

OBSERVATION XXXVIII

D..., âgée de 23 ans. Opérée le 5 janvier 1919.

Diagnostic, appendicite aiguë.

Première crise il y a 32 heures.

Incision de Jalaguier. L'appendice est long, rouge et gros. Appendicectomie. Pas de drainage. Guérison.

CHAPITRE VIII

CONCLUSIONS

I

L'état général dans les 48 premières heures est bon et très souvent même très bon. Sans vouloir généraliser les cas rapportés par M. le Dr Potherat de deux malades morts d'inanition pendant qu'on attendait le moment opportun pour opérer, il est évident qu'avec la diète et l'attente on est en présence de malades bien moins capables de supporter une intervention.

II

On ne connaît pas, on ne peut pas connaître l'évolution d'une appendicite au début. Mieux vaut décider devant des *faits évidents* que de faire crédit à *l'avenir*.

III

L'opération dans les 48 premières heures est facile. Le

plus souvent on ne trouve pas d'adhérences et quand on en trouve elles sont friables et ne gênent pas l'opération.

IV

Dans les 48 premières heures l'affection est *appendiculaire, locale* ; après les 48 heures, elle est péritonéale, elle est devenue intoxication *générale.*

V

Dans le cas de l'appendicite aiguë, on ne doit pas intervenir parce que les symptômes s'aggravent ; on doit intervenir pour que les symptômes n'aient pas le temps de s'aggraver.

VI

Au début de la crise, le malade lui-même touche du doigt le danger. Si la situation s'améliore, il est capable de refuser toute intervention, et il y a des exemples, pour revenir plus tard dans des conditions tout autres.

VII

Il est urgent que le médecin se rallie à cette idée, à savoir qu'il doit, *aussitôt* son diagnostic établi, et à fortiori, s'il a des doutes, soumettre son malade à l'examen d'un chirurgien.

VIII

L'immense majorité des statistiques des interventions dans les 48 premières heures prouve et promet qu'on ne doit pas mourir de l'appendicite selon la belle phrase du grand médecin qu'était Dieulafoy.

BIBLIOGRAPHIE

ARNAUD. — *Deux cas d'intervention pour appendicite aiguë à la 20e h. et à la 40e h., Lyon médical*, 1914.

BARRAL. — *Appendicite grave, produite par un calcul médicamenteux, de carbonate de bismuth. Gaz. méd. de Paris*, 1915.

BATTLE. — *The diagnosis of appendicitis*, Lancet London, 1914.

BAUDRIMONT. — *Sur un cas de kyste de l'appendice, Jour. Médic. de Bordeaux*, 1910.

BAUMGARTNER. — *Presse médicale*, Paris 1907.

BENTALL. — *The cause of appendicitis*, Brit. M. J, London, 1910.

BÉRARD (L.). — *Bulletin médic.*, Lyon, 1904.

BILHAUT. — *L'appendicite, opération immédiate. Ann. de chir. et d'orthop.*, Paris, 1914.

BROCA. — *Abcès append. Revue générale de clin. et de thér.*, Paris, 1905.

BRUN. — Thèse de Paris, 1917.

BURRETT. — *A modification of the Mc Burney incision for append*, ch., Chicago, 1916.

CAUSSADE et SIMON. — *Pyléphlébite suppurée d'origine appendic., Gaz. Méd. de Paris*, 1914.

CHAMPIONNIÈRE (L.). — *Bulletin de l'Ac. de méd.*, 1897. Discus.

CHAUFFARD. — *Journal de méd. interne*, Paris, 1905.

Chifoliau. — *Le drainage rectal des abcès appendiculaires pelviens, Progr. Méd.*, Paris, 1911.

Deroze. — *La crise d'appendicite doit-elle être traitée médicalement ? Revue Méd. de thér. et de biol.*, Paris, 1914.

Dieulafoy. — Discus. *Bulletin de l'Acad. de Méd.*, 1896 et 1897.

Faure (J. L.). — *Presse médicale*, Paris 1905.

Fitz Reginald. — *Amer. journ. of med. scien.*, Boston, 1886.

Forgue. — *Pathologie ext.*, 5e édit., article *Appendicite.*

Gosset et Masson. — *Tum. endocrines de l'appendice. Pres. Méd.*, Paris, 1914.

Grisolle. — *Arch. de Méd.*, 1839.

Guinard. — *In Traité de chir.*, Le Dentu-Delbet, articl. *Appendicite.*

Handley. — *Retrocœcal appendicitis, Med. Press., cir.*, London, 1914.

Hartmann. — Discus. *Bulletin de la Soc. de chir.*, Paris, 1913.

Husson et Dance. — *Répert. d'anat. et phys.*, 1827.

Kakels. — *The operative mortality in appendicitis.*, New-York, M. J., 1914.

Klecki. — *Annal. de l'Instit. Pasteur*, T. IX.

Le Dentu-Delbet. — Article *Appendicite*, *Traité de chirurgie*, tome XXIV.

Legueu. — *Les crises douloureuses qui survivent à l'appendicectomie, Rev. gén. de clin. et de thér.*, Paris, 1910.

Lejars. — *Chirurgie d'urg.*, art. *Appendicite*, 7e édit., Masson, édit., Paris, 1913.

Lejars. — *Sem. Médic.*, Paris, 1906 et 1908.

Lejars. — *Le diagnostic clinique de l'appendicite tuberculeuse, Sem., Méd.* Paris, 1910.

Lenormant. — Discus., *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1913.

Letulle et Weimberg. — *Arch. des scien. méd.*, Paris, 1907.

Lewis. — *New-York jour. of med.*, 1856.

Mac Allister. — *The treatment of appendicitis, Wit. localized abscess.* Railway Surg., Chicago, 1915-16.

Mathieu. — *Ulcus, appendicite et colite, Rev. gén. de clin. et de thér.*, Paris, 1915.

Mêlier. — *Jour. g. de Méd.*, 1827.

Menière. — *Arch. de Méd.*, 1828.

Mestivier. — *Jour. g. de Méd. et de Ch.*, 1759.

Potherat. — *Appendicite diagnostiquée coxalgie, Paris chir.*, 1913.

Reclus. — Discus. *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1897.

Riche. — Discus. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris. 1913.

Ross. — *Notes of a case of acuite append. presenting atypical sympt., Med. Press et cir.*, London, 1914.

Routier. — Discus. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1895.

Russell. — *Tr. Méd. Chir.*, Soc. Edinb., 1904.

Sardou. — *La région iléo-cæco-appendic. et l'automobile, Rev. gén. de clin. et de th.*, Paris, 1915.

Savariaud. — *L'opération précoce, traitement idéal de l'appendicite aiguë, Rev. gén. de clin. et de thér.*, Paris 1914.

Segond. — *L'appendicite, Rev. scien.*, Paris, 1910.

Sourdille. — *L'appendicectomie à froid a vécu, Gaz. Méd. de Nantes*, 1910.

Talamon. — *Appendic. Perityphl.*, Paris, 1892.

Tixier. — *Appendicite, Lyon Méd.*, 1910.

Vallas. — *De l'utilité de la résection de l'appendice, Lyon Méd.*, 1905.

Vanverts. — *Abcès peri-appendiculaire post, Echo méd. du Nord*, Lille, 1914.

Veau. — *Les difficultés du diagnostic de l'appendicite chez les petits enfants, Ann. de Méd. et chir. inf.*, Paris, 1914.

VIENNAY. — *Une série de 17 appendicectomies à chaud, précoces, sans un seul décès, Loire, Méd.*, St-Etienne, 1914.

WALTER. — *Appendicite aiguë post-traumatique, Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1911.

YOUNG. — *J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1916.

LIMOGES. — IMP. COMMERCIALE PERRETTE